

ANDREIA ALEXANDRA CARRERA HENRIQUES

**Clima familiar e sintomatologia ansiosa e depressiva em
adolescentes: Qual o papel da resiliência?**

Orientadora: Professora Doutora Ana Prioste

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2018

ANDREIA ALEXANDRA CARRERA HENRIQUES

**Clima familiar e sintomatologia ansiosa e depressiva em
adolescentes: Qual o papel da resiliência?**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 14 de fevereiro de 2018 perante o Júri nomeado pelo seguinte Despacho Reitoral nº 345/2017 com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Patrícia Pascoal
Arguente: Professora Doutora Ana Filipa Beato
Orientadora: Professora Doutora Ana Prioste

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2018

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus por toda a força, coragem e motivação que proporcionou ao longo destes anos. Sem esta fé não teria conseguido ultrapassar determinados obstáculos.

Aos meus avós, José e Delfina, por todo o apoio, estima e amor que sempre me transmitiram. Não há palavras para vos agradecer a força que dão na minha vida e por estarem sempre presentes na realização dos meus sonhos. Muito daquilo que fui, que sou hoje e virei a ser a vocês o devo.

Aos meus pais, Manuela e Paulo, pelo vosso apoio e carinho incondicional durante todo este percurso académico. Sei que não foi fácil, uma vez que era em vocês que eu descarregava muitas das emoções negativas sentidas durante este percurso. Porém, sempre ouvi dizer que descarregamos em quem mais gostamos...

Ao Bruno, pelo companheirismo, amizade, amor e dedicação. Um “muito obrigada” pela capacidade de lidar com as mudanças de humor causadas pela pressão ao longo destes anos.

Às minhas amigas, Mónica e Petra, por todas as horas partilhadas, pelas noites mal dormidas, pelas gargalhadas sem fim e por esta amizade genuína que fizeram deste percurso a melhor fase da minha vida.

À Professora Doutora Ana Prioste, devo admitir que perante a panóplia de temas e orientadores disponíveis apresentados pela Universidade Lusófona para a concretização deste meu percurso, senti-me perdida. Aconselharam-me a decidir pelo tema que mais me suscitasse interesse, porém decidi arriscar e fui pela orientadora. Não me arrependo! Obrigada pela sua simpatia, pela sua paciência, pelo seu apoio, pela sua prontidão, pelo seu incentivo, pela sua partilha de conhecimento, pelo seu espírito crítico-reflexivo, pelo seu profissionalismo e pela sua disponibilidade apresentada que contribuiu para uma melhoria contínua. Foi incansável, muito obrigada professora!

À Professora Doutora Eunice Magalhães, pelo profissionalismo e pelo rigor das suas sugestões, muito obrigada!

Aos participantes deste estudo, pela vossa contribuição e tempo disponibilizado para a realização deste trabalho.

À Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e Escola de Psicologia e Ciências da Vida, por estes árduos 5 anos de formação.

Resumo

A literatura tem realçado o impacto do clima familiar e da resiliência no desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica na adolescência. Este estudo exploratório, com um desenho quantitativo transversal e com recurso a uma amostra de 124 adolescentes (15-18 anos), pretende analisar: a relação entre coesão, conflito, resiliência e sintomatologia ansiosa e depressiva; as diferenças na coesão, conflito, resiliência e sintomatologia ansiosa e depressiva, em função do género e do tipo de família em que os adolescentes coabitam; se a percepção da qualidade do clima familiar é preditora da sintomatologia depressiva e ansiosa e o papel da resiliência enquanto mediador destas relações. Os resultados indicaram que o género feminino apresenta níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva, em comparação com o género masculino. Os resultados dos modelos de equações estruturais mostraram que: a percepção da qualidade do clima familiar prediz a sintomatologia depressiva e ansiosa; e a perseverança tem um papel mediador da relação entre a percepção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia depressiva, mas não da relação entre a percepção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia ansiosa. Os resultados sugerem que a perseverança pode constituir-se como um fator de proteção da sintomatologia depressiva, perante a vivência num clima familiar conflituoso e hostil, contribuindo para o bem-estar psicológico dos adolescentes. Este estudo tem implicações para a literatura relacionada com adolescentes, psicopatologia e família, ao relevar o impacto de variáveis individuais e relacionais no desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva na adolescência.

Palavras-chave: adolescência, clima familiar, resiliência, sintomatologia depressiva e ansiosa, família monoparental, família nuclear intacta.

Abstract

The literature has highlighted the impact of family climate and resilience on the development of psychological symptomatology in adolescence. This exploratory study, with a cross-sectional quantitative design and using a sample of 124 adolescents (15-18 years old), aims to analyze: the relationship between cohesion, conflict, resilience and anxious and depressive symptomatology; differences in cohesion, conflict, resilience, and anxious and depressive symptomatology, depending on the gender and type of family in which adolescents cohabit; if the perception of the quality of the family climate is a predictor of the depressive and anxious symptomatology and the role of the resilience as mediator of these relations. The results indicated that the female gender has higher levels of anxious and depressive symptomatology when compared with the male gender. The results of the structural equation models showed that: the perception of the quality of the family climate predicts the depressive and anxious symptomatology; and perseverance plays a mediating role in the relationship between the perception of the quality of the family climate and the depressive symptomatology, but not the relationship between the perception of the quality of the family climate and the anxious symptomatology. The results suggest that perseverance may constitute a protective factor for depressive symptomatology when face a conflictive and hostile family climate, contributing to the psychological well-being of adolescents. This study has implications for the literature related to adolescents, psychopathology and family, by highlighting the impact of individual and relational variables in the development of anxious and depressive symptomatology in adolescence.

Keywords: adolescence, family climate, resilience, depressive and anxious symptomatology, single-parent family, intact nuclear family.

Abreviaturas e Siglas

AGFI -	Adjusted Goodness of Fit Índex
APA -	American Psychiatric Association
APAV -	Associação de Apoio à Vítima
BSI -	Brief Symptom Inventory
CEDIC -	Comissão de Ética e Deontologia em Investigação Clínica
CFI -	Comparative Fit Index
DSM -	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GFI -	Goodness of Fit Índex
ICF -	Inventário do Clima Familiar
INE -	Instituto Nacional de Estatística
PCF -	Perceção do Clima Familiar
RMSEA -	Root-Mean-Square Error of Approximation
RS -	Resilience Scale
SEM -	Structural Equation Modeling
SPSS -	Statistical Package for the Social Science Statistics

Índice Geral

Resumo	4
Abstract.....	5
Abreviaturas e Siglas	6
Índice de Quadros	9
Índice de Figuras	10
Introdução.....	11
Tarefas desenvolvimentais individuais e familiares na adolescência	13
Trajetórias desenvolvimentais: fatores de risco e proteção	16
O papel do género.....	17
Objetivos e hipóteses	19
Método.....	20
Participantes.....	20
Instrumentos	20
Inventário de Sintomas Psicopatológicos.....	20
Perceção da qualidade do clima familiar	21
Escala de Resiliência	21
Procedimento de recolha e análise de resultados.....	22
Resultados.....	23
Estatística descritiva e análise das correlações	23
Análise das diferenças entre o conflito, a coesão, a perseverança, a sintomatologia ansiosa e depressiva em função do género	24
Análise das diferenças entre o conflito, a coesão, a perseverança, a sintomatologia ansiosa e depressiva em função do tipo de família	25
Papel mediador da perseverança na relação entre a perceção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia depressiva	25
Papel mediador da perseverança na relação entre a perceção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia ansiosa	26
Discussão	27
Implicações para a literatura e para a prática	31
Limitações e Estudos Futuros.....	31
Referências	33
ANEXOS	I

Anexo I – Termo de Consentimento Informado	II
Anexo II – Declaração de Consentimento Informado	IV
Anexo III – Declaração de Assentimento	V

Índice de Quadros

Quadro 1. Estatística descritiva e análise das correlações entre a sintomatologia depressiva, a sintomatologia ansiosa, a perseverança, a coesão familiar e o conflito familiar ($N = 124$). ..	234
Quadro 2. Análise das diferenças entre o conflito, a coesão, a perseverança, a sintomatologia ansiosa e depressiva em função do género	24
Quadro 3. Análise das diferenças entre o conflito, a coesão, a perseverança, a sintomatologia ansiosa e depressiva em função do tipo de família.....	25

Índice de Figuras

Figura 1. Coeficientes estandardizados do modelo de mediação proposto, da relação entre a percepção da qualidade do clima familiar, a perseverança e a sintomatologia depressiva.	26
Figura 2. Coeficientes estandardizados do modelo de mediação proposto, da relação entre a percepção da qualidade do clima familiar, a perseverança e a sintomatologia ansiosa.	27

Introdução

A adolescência, sendo uma etapa na qual ocorrem transformações físicas, cognitivas, morais, sociais e relacionais, acarreta a experiencição de diversos desafios desenvolvimentais que podem contribuir para uma trajetória inadaptativa (Boisvert, 2006; Soares, 2000). Deste modo, alguns autores têm alertado para que neste período surjam os primeiros sinais de desajustamento psicológico e perturbação mental (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Kessler et al., 2005; Waddell & Shepherd, 2002). Também o sistema familiar no qual o/a adolescente se insere é interna e externamente desafiado com a compatibilização de necessidades individuais e relacionais díspares: por um lado, a reafirmação da vinculação, união e harmonia intrafamiliares; por outro lado, a facilitação da autonomização e independência do/a adolescente (Alarcão, 2006). Sendo a família um sistema central para o desenvolvimento do/a adolescente, o clima familiar tem sido, consistentemente, identificado como uma variável influente no desenvolvimento do/a adolescente (Alarcão & Gaspar, 2007; Lee, 2007; Ungar, 2004). De acordo com a forma como é percebido, o clima familiar (e.g., coesão, conflito) pode funcionar como uma base segura para um percurso adaptativo ou contribuir para a inadaptação (Santos, 2013). A literatura tem realçado o impacto negativo de vários processos familiares no bem-estar individual, nomeadamente, o divórcio parental (Moura & Matos, 2008; Vandervalk, Spruijt, Goede, Meeus, & Maas, 2004; Hack & Ramires, 2014), o conflito (Lourenço & Queiroz, 2010; Moura & Mattos, 2008; Sbarra & Emery, 2008) e as dificuldades comunicacionais (Meschke & Juang, 2014; Pratta & Santos, 2007).

A resiliência individual (i.e., a capacidade para ultrapassar, com sucesso, as adversidades das situações traumáticas) enquanto fator protetor, pode contribuir para diminuir o impacto negativo dos fatores de risco, permitindo um maior equilíbrio e ajustamento (Barankin, 2013; Gilligan, 2001; Min et al., 2013; Monteiro, 2014; Schroder & Ollis, 2013). A resiliência permite que o/as adolescentes adquiram competências para enfrentar as situações adversas de forma positiva e saudável, desenvolvendo experiências e narrativas pessoais adaptativas (Barankin, 2013; Matos, Martins, Jesus, & Viseu, 2015). Assim, a resiliência é perspectivada como um fator protetor que promove o ajustamento, prevenindo o desenvolvimento de perturbações psicológicas e minimizando problemas de saúde (Barankin, 2013; Matos et al., 2015; Min, et al., 2013; Schroder & Ollis, 2013). A literatura realça também o facto de a resiliência ser influenciada por fatores genéticos, ambientais e fisiológicos (Amstadter, Maes, Sheerin, Myers, & Kndler, 2016).

Apesar da relevância destas evidências, tanto quanto é do nosso conhecimento, não foram realizados estudos focados na relação entre a percepção da qualidade do clima familiar, a resiliência e a sintomatologia ansiosa e depressiva em adolescentes. Deste modo, este estudo tem como objetivo analisar estas relações, estudando especificamente as diferenças entre estas variáveis em função do género dos/as adolescentes e do tipo de família em que coabitam (intacta *versus* monoparental), o papel da percepção da qualidade do clima familiar enquanto preditor da sintomatologia ansiosa e depressiva; e o papel da resiliência enquanto mediador destas relações. A compreensão mais aprofundada do papel do clima familiar nas trajetórias adaptativas ou inadaptativas na adolescência e dos processos que estão subjacentes a estas poderão contribuir para a expansão do conhecimento na área da Psicologia Clínica, da Psicologia da Família e da adolescência.

A pertinência deste estudo pode ser fundamentada por vários tópicos. Diversos autores (e.g., Ribeiro, 2016) têm enfatizado as mudanças verificadas nos percursos familiares ao longo das últimas décadas, nomeadamente, o aumento da monoparentalidade, do divórcio e das famílias reconstituídas. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), no período decorrido entre 1970 e 2013, foram registados 22.016 divórcios. Para além disso, os dados do INE apontam para um crescente aumento das taxas de divórcio, em Portugal, ao longo das últimas décadas, que tem sido associado ao impacto de transformações no *macrossistema* (e.g., aumento do duplo emprego, das famílias com dupla carreira parental, do individualismo e da globalização) (Ribeiro, 2016). Tendo em conta estes dados, consideramos pertinente estudar as diferenças em variáveis individuais e familiares em função do tipo de estrutura familiar (intacta vs. monoparental). Independentemente de o/a adolescente coabitar em famílias nucleares intactas ou monoparentais, a literatura aponta para que o clima familiar, caracterizado por níveis elevados de conflito e níveis baixos de coesão e apoio, esteja positivamente associado ao desajustamento psicológico (Santos, 2013). Contudo, tanto quanto é do nosso conhecimento, não têm sido desenvolvidos estudos que explorem o papel da resiliência do/a adolescente na relação entre a percepção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia ansiosa e depressiva.

Por último, para prevenir e intervir adequadamente em trajetórias desenvolvimentais inadaptativas na adolescência, torna-se essencial mapear os fatores de risco e de proteção, no sentido de evitar a cristalização e rigidificação de comportamentos disfuncionais que dificultam o retorno a uma trajetória adaptativa (Soares, 2000). No sentido de compreender mais aprofundadamente a emergência, manutenção e mudança em trajetórias (in)adaptativas,

torna-se pertinente interpretá-las tendo por base a perspectiva da Psicopatologia do Desenvolvimento (Cicchetti & Cohen, 2006; Kerig, Ludlow, & Wenar, 2012) e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1986). Estes modelos permitem-nos uma conceptualização holística do desenvolvimento, partindo do pressuposto que é o contexto que permite significar o comportamento, i.e., o sentido advém da relação entre comportamentos (Cummings et al., 2000). Para além disso, consideram que o adolescente tem um papel ativo no desenvolvimento e na organização das suas experiências e dos seus contextos, influenciando-o/as e sendo influenciado por ele/as (Cicchetti & Cohen, 2006; Cummings et al., 2000). A perspectiva da Psicopatologia do Desenvolvimento enfatiza também a competência dos indivíduos e dos sistemas para lidar com a adversidade, no sentido de mobilizarem recursos que consolidem uma trajetória adaptativa ou que reciclem as trajetórias de risco noutras mais adaptativas (Cicchetti & Cohen, 2006; Cicchetti & Rogosch, 2002; Kerig et al., 2012).

Tarefas desenvolvimentais individuais e familiares na adolescência

As transformações individuais (e.g., alterações significativas a nível físico, psicológico), relacionais e contextuais (e.g., grupo de pares e família) significativas que ocorrem na adolescência podem constituir-se como fatores de risco e contribuir para um percurso inadaptativo (Lourenço & Queiroz, 2010; Monteiro, 2014; Vicario, Fierro, & Hidalgo, 2014). A nível físico, a puberdade e a aquisição da capacidade reprodutiva acarretam transformações físicas que podem ser percecionadas com desconforto. Psicologicamente, o/a adolescente começa a fazer uso de elementos abstratos ou hipotéticos, mostrando capacidade para lidar com deduções, desenvolver hipóteses e combinar várias premissas para resolver os problemas, podendo assim perspetivar as consequências dos seus comportamentos no futuro (Fonseca, 2002; Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2009; Lourenço & Queiroz, 2010; Monteiro, 2014). A nível social, o grupo de pares assume uma maior relevância, em detrimento da família, o que contribui para o processo de autonomização em relação à família (Alarcão, 2006; WHO, 2006; Monteiro, 2014). O facto de estas alterações não serem consensuais para todos/as os/as adolescentes, já que dependem do género, do contexto macrossocial e de outros fatores (WHO, 2006), impossibilita a delimitação do início e do término da adolescência (Lourenço & Queiroz, 2010). Apesar disso, a Organização Mundial de Saúde (2006) divide a adolescência em três fases: a fase precoce, dos 10 aos 14 anos; a fase média, dos 15 aos 17 anos; e fase tardia, dos 18 aos 19 anos.

Tendo em conta a centralidade relacional que o grupo de pares assume nesta etapa, os pais tendem a ser figuras de vinculação de reserva e a relação entre pais-filhos sofre diversas alterações. O caminho centrífugo que o/a adolescente faz em relação à família tende a estar associado ao aumento dos níveis de conflituosidade familiar, rejeição dos afetos parentais, ausência em atividades familiares e início das saídas noturnas (Alarcão, 2006; Silva, 2001; Fonseca, 2002; Relvas, 2006). Estas mudanças exigem uma redefinição das regras e das fronteiras intra e extra sistémicas (Alarcão, 2006; Fonseca, 2002; Relvas, 2006). No entanto, a autonomização face à família implica uma vivência ambígua entre a vinculação e proteção familiares e a necessidade de separação emocional e diferenciação da família (Alarcão, 2006; Relvas, 2006). Neste sentido, a família deverá suportar estas necessidades paradoxais, colaborando e respeitando o espaço individual do/a adolescente (Alarcão, 2006; Boisvert, 2006).

A literatura focada na adolescência tem realçado que um clima familiar caracterizado por níveis elevados de conflito e níveis baixos de coesão interfere negativamente com o ajustamento psicológico e bem-estar do/a adolescente (Belardinelli et al., 2008; Chang et al., 2001; Sullivan & Miklowitz, 2010). Por outro lado, vários estudos mostram uma associação positiva entre o conflito familiar (i.e., relação intrafamiliar hostil e crítica) e a psicopatologia (Benetti, 2006; Herrenkohl, Lee, Kosterman, & Hawkins, 2012; Morawska & Thompson, 2009; Teodoro, Cardoso, & Freitas, 2010). Por exemplo, o estudo de Brito, Matos, Pinheiro e Monteiro (2015), que incluiu uma amostra de 433 participantes com idades entre os 13 e os 17 anos, procurou analisar o papel moderador da perceção do funcionamento familiar (i.e., suporte e conflito familiares) na relação entre a qualidade das relações interpessoais e a sintomatologia depressiva na adolescência. Os resultados deste estudo mostraram que a perceção do funcionamento familiar não revelou um efeito moderador significativo na relação entre a qualidade das relações interpessoais e a sintomatologia depressiva; contudo, a perceção de suporte familiar é um preditor negativo da sintomatologia depressiva, e a perceção de conflito familiar é um preditor positivo da sintomatologia depressiva (Brito et al., 2015).

Estando associada à forma como a família estabelece os seus limites nas relações, nas tomadas de decisão e poder, a hierarquia familiar é considerada por vários autores (e.g., Minuchin & Fishman, 1999; Teodoro, Allgayer, & Land, 2009) e escolas de intervenção familiar e sistémica (e.g., escola estrutural [Minuchin, 1974]) como uma das dimensões familiares centrais. Considerando que cada sub-sistema familiar (e.g., conjugal, parental,

filial, fraternal) tem um papel e funções específicas, as fronteiras entre eles delimitam a hierarquia do sistema (Alarcão, 2006). As fronteiras inter e extra sistémicas claras permitem um funcionamento familiar equilibrado e saudável, impedindo, por exemplo, a parentificação de um filho, i.e., a assunção de um papel e função executivos que são desempenhados pelo subsistema parental (Minuchin & Fishman, 1999; Féres-Carneiro, 1996; Ponciano & Féres-Carneiro, 2003). Para além disso, a escola estrutural (Minuchin, 1974) sugere que os conflitos conjugais não resolvidos e uma hierarquia disfuncional entre os sub-sistemas parental e filial aumenta a tensão e conflitos familiares, dificultando o processo de separação e individuação do/as filho/as (Minuchin, 1974).

Para além do clima familiar, a estrutura da família em que o/a adolescente coabita (nuclear intacta, monoparental ou reconstituída) pode influenciar o seu percurso desenvolvimental. As famílias monoparentais caracterizam-se pela existência de um subsistema parental com um elemento que assume a responsabilidade da maioria das funções parentais, independentemente do motivo da inexistência/ausência do outro elemento parental (e.g., morte, divórcio) (Alarcão, 2006; Costa, 1994). A literatura não apresenta resultados consistentes relativamente à perceção do clima familiar em famílias nucleares intactas e famílias monoparentais. Por um lado, alguns estudos apontam para que os/as adolescentes que coabitam em famílias monoparentais percecionam o seu clima familiar como sendo de menor qualidade, em comparação com adolescentes que coabitam em famílias nucleares intactas (Beckert, Strom, Strom, Darre & Weed, 2008; Shek, Xie, & Lin, 2015; Yeung & Chan, 2015). Outros estudos mostram que não existem diferenças na perceção do clima familiar em função do tipo de família (Alves & Dell'Aglio, 2015; Oliveira, Siqueira, Dell'Aglio, & Lopes, 2008; Sbicigo & Dell'Aglio, 2012).

Em relação ao ajustamento dos/as adolescentes que coabitam em famílias nucleares intactas e monoparentais, a literatura também não é consensual. Por um lado, existem estudos que indicam que os/as adolescentes que coabitam em famílias monoparentais apresentam mais propensão para acontecimentos stressantes (e.g., aumento da vulnerabilidade e emergência de quadros psicopatológicos), (Freistadt & Strohchein, 2012; Hornberger, Zabriskies, & Freeman, 2010), em comparação com os/as adolescentes que coabitam em famílias nucleares intactas. Outros estudos apontam para a inexistência de diferenças no bem-estar de adolescentes entre os/as adolescentes que coabitam em estruturas monoparentais e intactas (Langenkamp & Frisco, 2008; Wagner, Ribeiro, Arteché, & Bernholdt, 1999).

Trajétórias desenvolvimentais: fatores de risco e proteção

A psicopatologia emerge, como limite, das trajetórias de risco e/ou inadaptativas, nas quais as tarefas desenvolvimentais não são realizadas com sucesso (Cummings et al., 2000; Soares, 2000; Zarret & Eccles, 2006). Considerando a continuidade existente entre o comportamento normal e o patológico, as perturbações psicológicas são identificadas com base na frequência, na intensidade e no impacto do comportamento, no sentido de gerar disfunção ou mal-estar clinicamente significativo (Santos, 2013). A literatura tem sugerido alguns fatores de risco associados à família que contribuem para o aumento da vulnerabilidade e emergência de quadros psicopatológicos, nomeadamente, coabitação em famílias monoparentais, processo prematuro de separação dos progenitores, conflitos conjugais, problemas económicos, parentificação, ausência de um dos modelos de referência e dificuldades na co-parentalidade (Alarcão, 2006; Boisvert, 2006; Cloutier, Filion & Timmermans, 2006; Costa, 1994; Silva, 2001). A literatura também sugere alguns fatores de risco individuais que contribuem, igualmente, para o desenvolvimento de quadros psicopatológicos, nomeadamente, o género (Andreea-Elena, 2015; Monteiro, Matos, & Oliveira, 2015), o abuso de substâncias (e.g., consumo de álcool) (Vilela, Macho, & Almeida, 2011), a insatisfação com a imagem corporal (Rentz-Fernandes, Silveira-Viana, de-Liz, & Andrade, 2017), competências socioemocionais, nomeadamente, a baixa auto-estima (Al Nima, Rosenberg, Archer, & Garcia, 2013) e o *learned helplessness* (Forgeard et al., 2011; Schroder & Ollis, 2013; Seligman, 1975; Ulusoy & Duy, 2013). O *learned helplessness* é caracterizado por um estado de desmotivação que envolve os níveis cognitivo (e.g., visão negativa do futuro), emocional (e.g., falta de esperança) e motivacional (e.g., desistência) (Faria, 1990; Isaacowitz & Seligman, 2007). As pessoas com níveis elevados de *learned helplessness* tendem a assumir negatividade das situações como global, constante e incontrolável, fazem atribuições internas para o surgimento dos acontecimentos de vida e não se reconhecem como agentes ativos na mudança (Forgeard et al., 2011; Hunziker, 2005; Schroder & Ollis, 2013; Ulusoy & Duy, 2013; Vargas & Arnett, 2013). A literatura mostra que estas perceções aumentam a passividade e diminuem a resiliência (Forgeard et al., 2011; Sanjuan & Magallares, 2009) e a persistência, favorecendo o desenvolvimento da sintomatologia ansiosa e depressiva (Faria, 1990; Forgeard et al., 2011; Schroder & Ollis, 2013; Ulusoy & Duy, 2013).

Por outro lado, vários estudos têm apontado para que o apoio familiar e social (Gilligan, 2001), a elevada qualidade das relações familiares e a capacidade de auto-regulação

emocional funcionem como mecanismos protetores da emergência de quadros psicopatológicos (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012). A literatura tem mostrado também que a resiliência, i.e., a capacidade individual para enfrentar situações adversas, stressantes ou traumáticas com sucesso, contribui para o ajustamento e bem-estar do/a adolescente (Barankin, 2013; Fergus & Zimmerman, 2005; Gilligan, 2001; Matos et al., 2015; Min, et al., 2013; Olson et al., 2003; Schroder & Ollis, 2013). A resiliência, enquanto um processo fisiológico, prende-se com a ativação do lado esquerdo do córtex pré-frontal que inibe a ação da amígdala e atenua os sintomas associados às emoções negativas, proporcionando uma maior regulação emocional, permitindo a recuperação após um acontecimento traumático (Carvalho, Rabelo, & Fermoseli, 2017; Frank & Castro, 2016; Paim & Filho, 2015). Neste sentido, vários estudos (e.g., Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen, & Stiles, 2011; Skrove, Romundstad, & Indredavik, 2013) têm apontado para que a resiliência esteja associada negativamente à sintomatologia psicopatológica, nomeadamente, à sintomatologia ansiosa e depressiva. Por exemplo, o estudo de Skrove, Romundstad e Indredavik (2013), com uma amostra de 7639 participantes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, focou-se na associação entre o estilo de vida e a sintomatologia psicopatológica e estudou o papel moderador da resiliência nesta relação. Os resultados deste estudo revelam que a resiliência assume um papel moderador na relação entre o estilo de vida e a sintomatologia psicopatológica, apresentando-se como um preditor negativo nesta relação (Skrove, Romundstad, & Indredavik, 2013).

As perturbações ansiosas e depressivas são consideradas um problema de saúde pública, sendo as mais prevalentes na população portuguesa – 16.5% e 7.9%, respetivamente (Caldas de Almeida & Xavier, 2013; DGS, 2014). Estima-se que a perturbação de ansiedade afete, mundialmente, cerca de 3.6% e a perturbação depressiva cerca de 4.4% da população (WHO, 2017). Em relação à prevalência de acordo com o género, o DSM-V (APA, 2014) refere que o género feminino apresenta taxas de prevalência da perturbação depressiva major 1.5 a 3 vezes superiores ao género masculino (APA, 2014, p. 195). O género feminino também é mais propenso a apresentar quadros de perturbações ansiosas, em relação ao género masculino (2:1) (APA, 2014, p. 223).

O papel do género

A literatura tem apontado para que o género seja uma variável relevante na sintomatologia psicopatológica. Neste sentido, vários estudos (e.g., Coutinho, Pinto,

Cavalcanti, Araújo, & Coutinho, 2016; Erse et al., 2016; Prioste, Cruz, & Narciso, 2010; Soares & Martins, 2010; Thiengo, Cavalcante, & Lovisi, 2014) têm demonstrado que o género feminino apresenta níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva, em comparação com o masculino. A literatura tem mostrado que o género feminino tende a ter mais perturbações de internalização (e.g., depressão) e o masculino tende a ter mais perturbações externalizantes (e.g., uso de substâncias) (Seedat et al., 2009; Sobanski et al., 2007). No mesmo sentido, alguns autores (e.g., Crick, 1997; Crick & Grotpeter, 1995) enfatizam que os comportamentos agressivos diferem consoante o género, uma vez que o género feminino tende a ter comportamentos agressivos de natureza relacional – comportamentos internalizantes, por exemplo, manipulação nas relações interpessoais – e o género masculino tende a ter comportamentos agressivos de natureza física – comportamentos externalizantes, como, por exemplo, empurrar). Gressier, Calati e Serretti (2016) explicaram as diferenças de género nas perturbações afetivas tendo em conta o genótipo 5-HTTLPR (SS) (i.e., genótipo do polimorfismo ligado ao gene do transportador da serotonina) que no género feminino está positivamente associado ao aumento de comportamentos internalizantes e no género masculino está associado ao aumento de comportamentos externalizantes. Outros trabalhos (e.g., Hyde, Mezulis, & Abramson, 2008) têm sugerido outras hipóteses explicativas, nomeadamente a influência de fatores afetivos (i.e., reatividade emocional) que contribuem para que o género feminino se recorde mais facilmente dos episódios depressivos comparativamente com o género masculino.

Para além disso, vários estudos têm mostrado que o género feminino tende a ruminar mais ideias depressivas (i.e., pensamentos constantes e passivos relativamente a emoções negativas que são estimuladas por situações stressantes), em comparação com o género masculino (Hyde, Mezulis, & Abramson, 2008; Jose & Brown, 2008), o que poderá estar relacionado com fatores biológicos e alterações físicas, comportamentais, fisiológicas ou de humor decorrentes do ciclo menstrual e da gravidez (Castro et al., 2017; Hyde et al., 2008; Van Lersel, Kiesner, Pastore, & Scholte, 2016).

Relativamente à resiliência, a literatura não apresenta resultados consistentes. Por um lado, alguns estudos apontam para que o género feminino tenha níveis superiores de resiliência em comparação com o género masculino (Damascena, França, & Silva, 2016; Júnior, & Zanini, 2011; Matos, & Jesus, 2011). Por outro lado, outros estudos sugerem que o género masculino apresenta níveis superiores de resiliência comparativamente com o género

feminino (e.g., Carvalho et al., 2016; Ni, Chow, Jiang, Li, & Pang, 2015; Oliveira & Lipp, 2009).

Objetivos e hipóteses

Tendo por base a literatura revista, este estudo pretende analisar: 1) a relação entre coesão, conflito, resiliência e sintomatologia ansiosa e depressiva; 2) as diferenças na coesão, conflito, resiliência e sintomatologia ansiosa e depressiva, em função do género dos/as adolescentes; 3) as diferenças na coesão, conflito, resiliência e sintomatologia ansiosa e depressiva, em função do tipo de família em que os/as adolescentes coabitam; 4) analisar a relação entre a percepção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia depressiva, nomeadamente, o papel mediador da resiliência nesta relação; 5) analisar a relação entre a percepção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia ansiosa em adolescentes, nomeadamente, o papel mediador da resiliência nesta relação.

Considerando os resultados de estudos anteriores (e.g., Coutinho et al., 2016; Erse et al., 2016; Prioste et al., 2010; Soares & Martins, 2010; Thiengo et al., 2014), hipotetizou-se que: H1. O género feminino apresenta níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica (i.e., depressiva e ansiosa) comparativamente ao género masculino.

Considerando a relação entre a percepção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia psicopatológica sugerida por vários estudos (e.g., Baptista & Oliveira, 2004; Johnson, Nolan, & Schapman, 2005; Houlberg et al., 2011; Sheeber et al., 1997; Shek, 2002; Teodoro, Hess, Saraiva, & Cardoso, 2014), colocou-se a hipótese de que: H2. A percepção negativa da qualidade do clima familiar (i.e., níveis elevados de conflito e níveis baixos de coesão) é um preditor positivo da sintomatologia ansiosa e depressiva.

Tendo em conta os resultados de estudos anteriores (e.g., Belardinelli et al., 2008; Chang et al., 2001; Sullivan & Miklowitz, 2010), propôs-se que: H3. A resiliência tem um papel mediador na relação entre a percepção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia ansiosa e depressiva. De uma forma mais específica, espera-se que a percepção positiva da percepção da qualidade do clima familiar (i.e., níveis elevados de coesão e níveis baixos de conflito) se associe positivamente a níveis elevados de resiliência e, por conseguinte, a níveis baixos de sintomatologia depressiva e ansiosa.

Método

Participantes

Na presente investigação foi utilizada uma amostra de conveniência, composta por 124 participantes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos ($M = 15.78$; $DP = .84$). A maioria da amostra era do género feminino ($n = 68$, 54.8%) e 43.5% da amostra era do género masculino ($n = 54$). Em relação à zona de residência, a maioria dos participantes residia na Grande Lisboa (85.5%). Relativamente ao estado afectivo-relacional, 66.1% não tinha uma relação de namoro e 26.6% tinha uma relação de namoro.

Em relação às variáveis do agregado familiar, 69.4% dos participantes coabitavam em famílias nucleares intactas e 17.7% em famílias de coabitação monoparental. Quanto ao nível de escolaridade da amostra, 87.1% dos participantes tinha entre 10 a 12 anos de escolaridade e 12.9% tinham entre 6 a 9 anos de escolaridade. Relativamente ao acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, a maioria da amostra (66.9%) nunca tinha tido acompanhamento, 23.4% tinha tido acompanhamento no passado e 4.8% tinha acompanhamento psicológico/psiquiátrico no momento da recolha.

Instrumentos

Inventário de Sintomas Psicopatológicos. Para avaliar a sintomatologia psicopatológica foi utilizado o Brief Symptom Inventory (BSI; versão original: Derogatis, 1982; adaptação e validação para a população portuguesa: Canavarro, 1999). O BSI é um instrumento de auto-relato composto por 53 itens, medidos numa escala de Likert de cinco pontos, em que 0 significa “nunca” e 4 “muitíssimas vezes”. Este instrumento integra nove dimensões (Somatização, Obsessão-compulsão, Sensibilidade interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideação paranóide e Psicoticismo) e três índices globais (Índice geral de sintomas, Índice de sintomas positivos e Índice total de sintomas positivos), que avaliam as perturbações emocionais. Neste estudo foram apenas utilizadas as dimensões de ansiedade e depressão. A ansiedade integra seis itens (e.g., “Nervosismo ou tensão interior”) e a depressão integra seis itens (e.g., “Pensamentos de acabar com a vida”).

No estudo de validação para a população portuguesa de Canavarro (1999), este instrumento apresentou bons níveis de consistência interna para as nove dimensões, $\alpha = .73$ para a dimensão depressão e $\alpha = .77$ para a dimensão ansiedade. No presente estudo, as dimensões revelaram também níveis de consistência interna adequados, com $\alpha = .80$ para a dimensão depressão e $\alpha = .83$ para a dimensão ansiedade.

Perceção da qualidade do clima familiar. A perceção da qualidade do clima familiar (PCF) foi avaliada através do Inventário do Clima Familiar (ICF; Teodoro, Allgayer, & Land, 2009; versão para investigação: Francisco, 2015), constituído por 22 itens que avaliam a descrição das relações familiares através de quatro dimensões: Conflito, Hierarquia, Apoio e Coesão. A dimensão Conflito integra seis itens que avaliam a relação agressiva, crítica e conflituosa intrafamiliar (e.g., “As pessoas criticam-se umas às outras frequentemente”). A dimensão Hierarquia integra seis itens que remetem para a distinção clara de poder e de controlo nas relações intrafamiliares, realçando a superioridade dos elementos mais velhos enquanto decisores (e.g., “Uns mandam e outros obedecem”). A dimensão Apoio inclui cinco itens que caracterizam o suporte material e emocional entre os membros do sistema (e.g., “Procuramos ajudar as pessoas da nossa família quando percebemos que estão com problemas”). Por último, a dimensão Coesão é composta por cinco itens que representam a ligação emocional entre os membros do sistema (e.g., “As pessoas gostam de passear e de fazer coisas juntas”). Os itens são respondidos numa escala tipo Likert de cinco pontos, em que 1 significa “*discordo completamente*” e 5 “*concordo completamente*”. Tal como outros autores (e.g., Prioste et al., 2015, 2016), no presente estudo, a PCF foi analisada através das dimensões Conflito e Coesão. Deste modo, considerou-se que uma perceção negativa da qualidade do clima familiar (i.e., maior pontuação na dimensão conflito) seria caracterizada por elevados níveis de conflitos e baixos níveis de coesão; de outro modo, a perceção positiva da qualidade do clima familiar (i.e., maior pontuação na dimensão coesão) seria caracterizada por elevados níveis de coesão e níveis baixos de conflito.

No estudo de validação de Teodoro, Allgayer e Land (2009), com uma amostra de 276 adolescentes, o ICF revelou níveis de consistência interna adequados: $\alpha = .84$ para a dimensão conflito, $\alpha = .72$ para a dimensão hierarquia, $\alpha = .71$ para a dimensão apoio e $\alpha = .82$ para a dimensão coesão. No presente estudo, obtiveram-se valores de consistência interna adequados para ambas as dimensões: alfa de .82 para a dimensão coesão e alfa de .84 para a dimensão conflito.

Escala de Resiliência. A resiliência foi avaliada pela The Resilience Scale (RS; versão original; Wagnil & Young, 1993; adaptação e validação para a população portuguesa: Felgueiras, Festas, & Vieira, 2010). A RS é constituída por 25 itens respondidos numa escala tipo Likert de sete pontos, de 1 “*discordo totalmente*” a 7 “*concordo totalmente*”. Este instrumento inclui cinco dimensões: serenidade, que inclui quatro itens que remetem para uma perspetiva estável da vida e das experiências, através da moderação das respostas extremas à

adversidade (e.g., “Sinto-me orgulhoso/a por ter alcançado objetivos na minha vida”); perseverança, que engloba seis itens que remetem para o desejo de continuar a lutar pela sua própria vida, apesar das adversidades ou desencorajamentos (e.g., “Quando faço planos, levo-os até ao fim”); auto-confiança que é composta por sete itens que estão associados ao acreditar em si próprio, reconhecendo as suas capacidades e as suas limitações pessoais (e.g., “Mantenho-me interessado/a nas coisas”); sentido de vida que integra cinco itens associados às identificações do significado da vida (e.g., “Sou amigo/a de mim próprio/a”); e auto-suficiência que contem dois itens que estão associados à compreensão da unicidade de cada pessoa, dado que algumas experiências são partilhadas e outras são experienciadas individualmente (e.g., “Sou capaz de depender de mim próprio/a mais do que de qualquer outra pessoa”). A pontuação total varia entre 25 e 175 pontos e, quanto mais elevada for a pontuação obtida, maior é o nível de resiliência.

No estudo de validação de Wagnil e Young (1993), a escala, a RS apresentou um nível bom de consistência interna para a escala total ($\alpha = .91$). No estudo de validação para a população portuguesa de Felgueiras, Festas e Vieira (2010), com uma amostra de 215 adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos, o RS também revelou um bom nível de consistência interna para a escala total ($\alpha = .82$). No presente estudo, as dimensões serenidade, auto-confiança, sentido de vida e auto-suficiência apresentaram níveis de consistência interna inaceitáveis ($\alpha < .65$) (DeVellis, 2016), tendo-se optado por utilizar só a dimensão perseverança que apresentou um alfa de .80.

Procedimento de recolha e análise de resultados

A recolha de dados decorreu após a aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética e Deontologia em Investigação Clínica (CEDIC) da Escola de Psicologia e de Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Foi estabelecido como critério de inclusão no presente estudo ter idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos. A recolha de dados decorreu durante seis meses (de novembro de 2016 a Maio de 2017), através de uma técnica de amostragem não probabilística. A amostra foi recolhida presencialmente, através de procedimentos informais em grupo (72.6%) (e.g., contexto de sala de aula em Escolas Secundárias) ou individualmente (27.4%) (e.g., amigos, e conhecidos). Os participantes colaboraram voluntariamente e sem qualquer remuneração, após a explicitação dos objetivos do estudo, da garantia da confidencialidade e da

possibilidade de desistência a qualquer momento, a entrega do assentimento informado e consentimento informado e a assinatura dos mesmos.

Em relação à análise de dados, inicialmente, realizou-se a estatística descritiva (média, desvio padrão) e a análise das correlações (Pearson) entre as variáveis percepção da qualidade do clima familiar, perseverança e sintomatologia depressiva e ansiosa. Utilizou-se o teste *t*-Student para analisar as diferenças nas variáveis sintomatologia depressiva, ansiosa, coesão, conflito e perseverança, em função do género e do tipo de família.

O modelo de mediação proposto foi testado através da Análise de Equações Estruturais (Structural Equation Modeling, SEM), usando o método da máxima verosimilhança, com recurso ao *software* AMOS 22 (Arbuckle, 2012). Assim, foram especificados dois modelos: o primeiro (Figura 1), centrado no papel mediador da perseverança na relação entre a percepção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia depressiva, e o segundo (Figura 2), no papel mediador da perseverança na relação entre a percepção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia ansiosa. Em ambos os modelos, a variável percepção da qualidade do clima familiar (PCF) é uma variável latente de segunda ordem medida através da coesão e do conflito. No sentido de simplificar o modelo e de reduzir o número de parâmetros a serem estimados, serão usadas parcelas de multi-item para especificar as variáveis latentes (Little et al., 2002). Para garantir a identificação estatística do modelo, a carga fatorial de uma das parcelas de cada variável latente será constrangida a 1.00. Foi utilizada uma abordagem de bootstrap (95% - intervalos de confiança; bias corrected bootstrapping; 5000 reamostragens) para testar a significância dos efeitos indiretos no modelo de mediação (Shrout & Bolger, 2002). A avaliação do ajustamento do modelo aos dados será realizada com base na análise de vários índices de ajustamento: qui-quadrado (χ^2), *comparative fit index* (CFI), *root-mean-square error of approximation* (RMSEA), *o goodness of fit index* (GFI) e *o adjusted goodness of fit index* (AGFI). De acordo com Garson (2012), valores de CFI \geq a .90, e valores de RMSEA \leq .06 são indicativos de um bom ajustamento do modelo aos dados. Na secção de resultados serão apresentados os coeficientes estandardizados.

Resultados

Estatística descritiva e análise das correlações

Os resultados sugerem que a Sintomatologia depressiva se encontra associada positivamente à Sintomatologia ansiosa e ao Conflito familiar, e negativamente à

Perseverança e à Coesão familiar. Relativamente à Sintomatologia ansiosa, esta encontra-se associada positivamente ao Conflito familiar e negativamente à Coesão familiar. Em relação à Perseverança, encontra-se positivamente associada à Coesão familiar e negativamente ao Conflito familiar. Por último, observa-se uma associação negativa entre a Coesão familiar e o Conflito familiar (Quadro 1).

Quadro 1. *Estatística descritiva e análise das correlações entre a sintomatologia depressiva, a sintomatologia ansiosa, a perseverança, a coesão familiar e o conflito familiar (N = 124).*

Variável	1	2	3	4	5	
1. Sintomatologia depressiva	-					
2. Sintomatologia ansiosa	.70**	-				
3. Perseverança	-.31**	-.06	-			
4. Coesão	-.30**	-.27**	.23*	-		
5. Conflito	.33**	.32**	-.19*	-.52**	-	
	<i>M</i>	2.07	1.87	4.90	3.94	2.16
	<i>DP</i>	.91	.79	1.27	.82	.88

Análise das diferenças entre o conflito, a coesão, a perseverança, a sintomatologia ansiosa e depressiva em função do género

Os resultados obtidos sugerem que, em média, o género feminino apresenta níveis superiores de sintomatologia ansiosa ($t(120) = -4.172, p = .000$) e depressiva ($t(120) = -2.109, p = .037$), em comparação com o género masculino (Quadro 2).

Quadro 2. *Análise das diferenças entre o conflito, a coesão, a perseverança, a sintomatologia ansiosa e depressiva em função do género.*

Variável	Género		<i>t</i>	<i>p</i>
	Masculino (<i>n</i> = 54)	Feminino (<i>n</i> = 68)		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)		
1. Conflito	2.06 (.76)	2.27 (.97)	-1.32	.191
2. Coesão	3.94 (.81)	3.98 (.80)	-.29	.773
3. Perseverança	4.94 (1.06)	4.86 (1.17)	.40	.692
4. Ansiedade	1.60 (.60)	2.16 (.86)	-4.17	.000
5. Depressão	1.92 (.76)	2.27 (1.00)	-2.11	.037

Análise das diferenças entre o conflito, a coesão, a perseverança, a sintomatologia ansiosa e depressiva em função do tipo de família

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis analisadas em função do tipo de família (Quadro 3).

Quadro 3. *Análise das diferenças entre o conflito, a coesão, a perseverança, a sintomatologia ansiosa e depressiva em função do tipo de família.*

Variável	Tipos de Família		t	p
	Intacta	Monoparental		
	(n = 86) M (DP)	(n = 22) M (DP)		
1. Conflito	2.20 (.90)	2.01 (.69)	.95	.345
2. Coesão	3.96 (.81)	3.85 (.62)	.56	.578
3. Perseverança	4.97 (1.13)	4.58 (1.20)	1.45	.150
4. Ansiedade	1.88 (.77)	2.02 (.91)	-.76	.447
5. Depressão	2.02 (.86)	2.45 (.92)	-2.02	.060

Papel mediador da perseverança na relação entre a percepção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia depressiva

Atendendo a que nas análises descritivas prévias foram observadas diferenças estatisticamente significativas ao nível do género, o modelo de mediação foi testado controlando para o seu efeito. Do ponto de vista do ajustamento, o modelo apresenta bons indicadores de ajustamento, embora outros revelem fragilidades ($\chi^2= 46.506$, $p<.001$; CFI=.91; RMSEA= .109; CI90% [.070; .150]). Os resultados revelam efeitos de mediação significativos ($B=.091$, $SE=.039$, $p<. 01$), sendo que níveis de conflito elevados e baixa coesão (i.e., Clima familiar percecionado negativamente) estão associados a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva através do papel da perseverança. Quanto menor é a percepção da qualidade do clima familiar, menores os níveis de perseverança reportados pelos sujeitos, e conseqüentemente, níveis mais reduzidos de perseverança estão associados a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. O modelo explica 29% da variância.

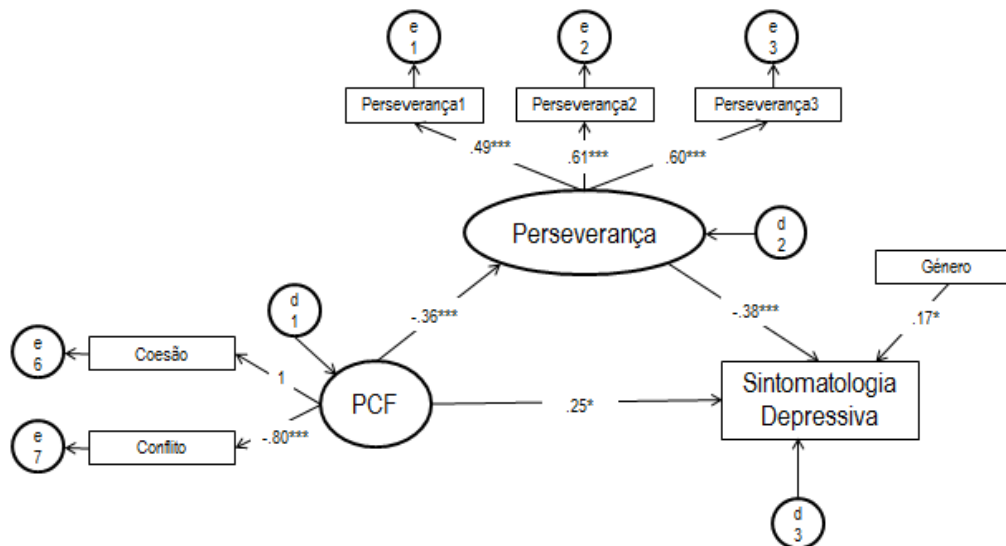


Figura 1. Coeficientes estandardizados do modelo de mediação proposto, da relação entre a percepção da qualidade do clima familiar, a perseverança e a sintomatologia depressiva.

Nota: PCF = percepção da qualidade do clima familiar; Perseverança1, Perseverança2 e Perseverança3 = parcelas relativas à escala ER; Coesão1 e Coesão2 = parcelas relativas à dimensão Coesão da escala ICF; Conflito1 e Conflito2 = parcelas relativas à dimensão Conflito da escala ICF.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Papel mediador da perseverança na relação entre a percepção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia ansiosa

Atendendo a que nas análises descritivas prévias foram observadas diferenças estatisticamente significativas ao nível do género, o modelo de mediação foi testado controlando para o seu efeito. Do ponto de vista do ajustamento, o modelo apresenta bons indicadores de ajustamento (CFI=.91), embora outros revelem fragilidades ($\chi^2= 46.506$, $p < .001$; RMSEA= .110; CI90% [.070; .150]). Os resultados sugerem efeitos de mediação estatisticamente não significativos ($\beta=.039$, $SE=.032$, $p=.10$), encontrando-se apenas efeitos estatisticamente significativos da percepção da qualidade do clima familiar na perseverança e na ansiedade. Especificamente, níveis de conflito elevados e baixa coesão (i.e., Clima familiar percecionado negativamente) estão associados a níveis mais reduzidos de perseverança assim como a níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa. O modelo explica 25% da variância.

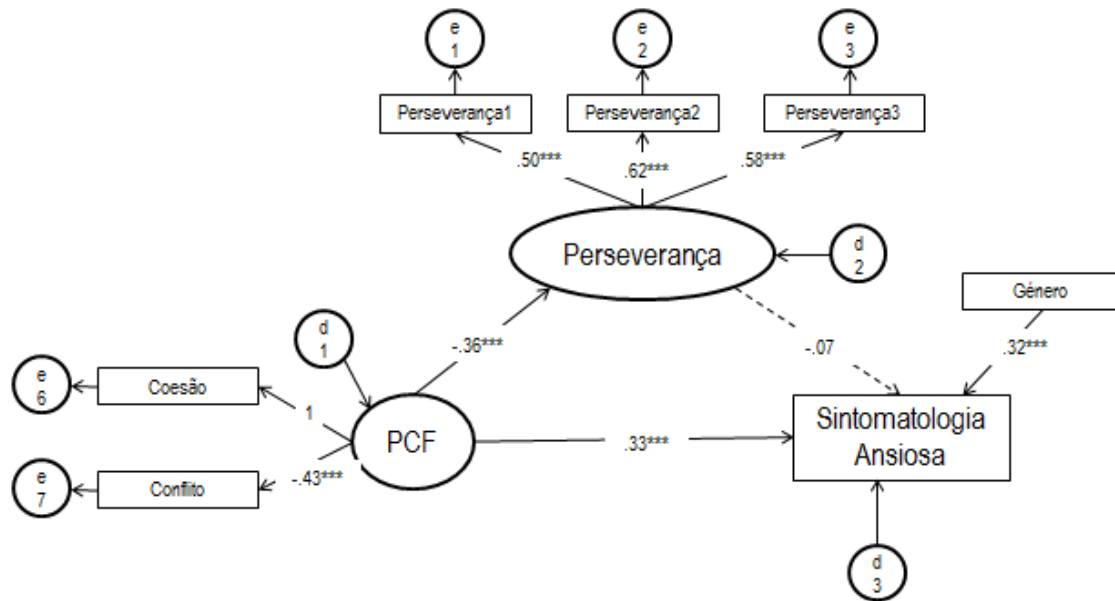


Figura 2. Coeficientes padronizados do modelo de mediação proposto, da relação entre a percepção da qualidade do clima familiar, a perseverança e a sintomatologia ansiosa.

Nota: PCF = percepção da qualidade do clima familiar; Perseverança1, Perseverança2 e Perseverança3 = parcelas relativas à escala ER; Coesão1 e Coesão2 = parcelas relativas à dimensão Coesão da escala ICF; Conflito1 e Conflito2 = parcelas relativas à dimensão Conflito da escala ICF.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Discussão

Através do presente estudo pretendeu-se investigar, em adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, o papel da percepção da qualidade do clima familiar enquanto preditor da sintomatologia depressiva e ansiosa, e especificamente, o papel da perseverança enquanto mediador nesta relação. Assim, este estudo tem como finalidade contribuir para o enriquecimento do conhecimento científico sobre a importância da família nas trajetórias desenvolvimentais em adolescentes portugueses, contribuindo para a expansão do conhecimento na área da Psicologia Clínica, da Família e da Adolescência. Deste modo, procurou-se colmatar algumas das lacunas identificadas a partir da revisão de literatura, especificamente, a inexistência de estudos que relacionem a percepção da qualidade do clima familiar, a perseverança e a sintomatologia depressiva e ansiosa em adolescentes.

A primeira hipótese, referente às diferenças entre a sintomatologia ansiosa e depressiva em função do género, foi apoiada pelos resultados obtidos que corroboram a literatura que aponta para que o género feminino apresente níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva que o género masculino (e.g., Coutinho et al., 2016; Erse et al., 2016; Prioste et al., 2010; Thiengo et al., 2014) e os estudos que mostram que o género feminino tende a apresentar mais perturbações de internalização (Seedat et al., 2009; Sobanski

et al., 2007). Tal como já foi referido, estas diferenças encontradas podem dever-se ao facto do género feminino tender a utilizar mais estratégias inadaptativas (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Hilt, & Nolen-Hoeksema, 2009; Hyde et al., 2008; Jose, & Brown, 2008). O género feminino apresenta maior disposição para se focar em pensamentos e/ ou emoções negativas, o que interfere com o desenvolvimento de competências adaptativas para a resolução de problemas (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Ongen, 2010) e contribui para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (McRae, Jacobs, Ray, John, & Gross, 2012). Para além disso, a literatura tem apontado para a existência de outros fatores que podem contribuir para justificar estas diferenças e que estão associados à sintomatologia depressiva e ansiosa, nomeadamente, fatores biológicos e psicossociais associados ao desenvolvimento (Hilt, & Nolen-Hoeksema, 2009) – aparecimento da menarca, (Barreira, 2010) e alterações na imagem corporal (Evangelista et al., 2016; Mendle, 2014).

Em relação às diferenças na perseverança em função do género, os resultados obtidos corroboram os estudos que sugerem que não existem diferenças entre os níveis de resiliência dos géneros masculino e feminino (e.g., Carvalho et al., 2016; Damascena et al., 2016). Hipotetizamos que, apesar de não existirem diferenças nos níveis médios de resiliência, poderão existir diferenças na forma de expressão de resiliência, o que vai de encontro à propriedade da equifinalidade da Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy, 2008). Considerando que as pressões desenvolvimentais apresentam especificidades de acordo com o género, os adolescentes e as adolescentes podem desenvolver comportamentos resilientes de forma distinta (e.g., perante situações adversas, as raparigas tendem a focar-se nas emoções e os rapazes tendem a focar-se no problema [Christiansen & Elklit, 2012; Rose & Rudolph, 2006; Tam & Lim, 2009; Werner, 2013]) mas com o mesmo objetivo de minimizar ou eliminar o impacto das situações stressantes.

No que concerne às diferenças entre a perseverança, a coesão, o conflito e a sintomatologia ansiosa e depressiva em função do tipo de família de coabitação, os resultados apontam para que não existam diferenças estatisticamente significativas. A ausência de diferenças encontrada poderá dever-se ao facto de não se terem considerado algumas variáveis que a literatura aponta como relevantes, nomeadamente, a coparentalidade (Alarcão, 2006; Boisvert, 2006; Souza, Ramos, Pontes & Silva, 2016) e há quanto tempo ocorreu o divórcio (Hack & Ramires, 2010; Moura & Matos, 2008; Ottaway, 2010). Para além disso, a ausência de diferenças em relação à sintomatologia ansiosa e depressiva também poderá ser explicada atendendo à literatura que mostra que a qualidade do clima familiar tem mais

impacto no ajustamento que a estrutura da família em que o/a adolescente coabita (e.g., Langekamp & Frisco, 2008; Oliveira et al., 2008; Raposo et al., 2011; Sbicigo & Dell'Aglio, 2012).

Embora os índices de ajustamento dos modelos de mediação tenham indicado que os modelos revelam fragilidades, já que apresentaram um $RMSEA \geq .06$ (Garson, 2012), os resultados sustentam a primeira hipótese de que a perceção negativa da qualidade das relações familiares prediz positivamente da sintomatologia depressiva e ansiosa. Também a análise das correlações aponta para que exista uma associação positiva entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o conflito familiar e uma associação negativa entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e a coesão familiar. Estes dados vão ao encontro dos resultados de outros estudos que sugerem uma associação entre a perceção da qualidade das relações familiares e a sintomatologia psicopatológica (Branje, Hale, Frijins, & Meeus, 2010; Fiese, Winter, Anbar, Howell, & Poltrock, 2008; Morris, Silk, Steiberg, Myers, & Robinson, 2007; Teodoro et al., 2009, 2014; Starr & Davila, 2008). De uma forma mais específica, os resultados obtidos corroboram os estudos que apontam para que a perceção negativa do clima familiar esteja associada positivamente à sintomatologia depressiva (Mesquita, Ribeiro, Mendonça, & Maia, 2011; Teodoro et al., 2014) e ansiosa na adolescência (Burnett et al., 2017; Flores, Salum & Manfro, 2014). Estes resultados reforçam a importância do funcionamento e da dinâmica familiares nas trajetórias desenvolvimentais na adolescência, realçando o contributo da família para a (in)adaptação.

A segunda hipótese referente ao papel da perseverança enquanto mediador da relação entre a perceção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia depressiva e ansiosa foi parcialmente corroborada pelos resultados. Foi encontrado suporte empírico para a hipótese de que a perseverança tem um papel mediador da relação entre a perceção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia depressiva. Releva-se o facto de ser uma mediação parcial. Os resultados indicaram que, por um lado, a perceção negativa do clima familiar, i.e., níveis elevados de conflito e baixos níveis de coesão, está negativamente associada à perseverança e que, quanto mais elevados forem os níveis de perseverança, menor será o grau de sintomatologia depressiva dos/as adolescentes. Por outro lado, apesar de existir o efeito de mediação, continua a existir um efeito direto da perceção do clima familiar na sintomatologia depressiva, i.e., quanto mais negativa for a perceção da qualidade do clima familiar, maior será o grau de sintomatologia depressiva dos/as adolescentes. Atendendo aos resultados obtidos quer no modelo, quer nos correlatos, é importante considerar que um clima familiar

caracterizado pelo conflito e pela crítica dificulta a construção de perseverança. Acresce ainda o facto de que a perseverança e a sintomatologia depressiva poderem ser perspectivadas como construtos opostos. Por um lado, a perseverança, enquanto dimensão da resiliência, está relacionada com o desejo de continuar a lutar pela sua própria vida apesar das adversidades, com a insistência num determinado objetivo, comportamento ou pensamento. Por outro lado, um quadro clínico depressivo caracteriza-se pela desesperança, tristeza profunda, culpa excessiva, sentimentos de desvalorização (APA, 2014; Pereira & Saraiva, 2014) e desânimo aprendido. Deste modo, o facto de estes processos envolverem características díspares, permite-nos perceber a associação negativa que apresentam nos nossos resultados, pelo que hipotetizamos que os/as adolescentes que vivem num contexto familiar adverso, desenvolvem níveis mais baixos de perseverança, pelo que têm menos competências para lidar com o desânimo, manifestando níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.

Para além disso, de acordo com a teoria do *learned helplessness* (Isaacowitz & Seligman, 2007; Seligman, 1975), o desânimo aprendido está associado à experiência sistemática de situações negativas. Neste sentido, a intensidade e a frequência dos conflitos familiares podem contribuir para o aumento dos níveis de desânimo e da passividade, diminuindo a perseverança e favorecendo o desenvolvimento da sintomatologia depressiva (Faria, 1990; Forgeard et al., 2011; Schroder & Ollis, 2013; Ulusoy & Duy, 2013).

No que concerne ao papel da perseverança enquanto mediador da relação entre a perceção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia ansiosa, os resultados obtidos não suportaram a hipótese proposta. Os resultados sugerem que a perseverança não é um mecanismo explicativo da relação entre a perceção da qualidade do clima familiar e a sintomatologia ansiosa, apontando para que esta relação seja explicada através de outros mecanismos. Para além disso, a análise de correlações não mostrou uma associação significativa entre a sintomatologia ansiosa e a perseverança. Apesar de as perturbações depressivas e ansiosas apresentarem uma elevada comorbilidade (Apóstolo, Figueiredo, Mendes, & Rodrigues, 2011; Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen, & Marttunen, 2009; Vasconcelos, Lôbo, & Neto, 2015), a sintomatologia ansiosa remete para pensamentos e comportamentos de ameaça, medo, evitamento, ruminação, inquietação, tensão muscular, entre outros (APA, 2014), que poderão ser despoletados pela hostilidade, negatividade, crítica e conflitos intrafamiliares e pela sua imprevisibilidade.

Implicações para a literatura e para a prática

Este estudo tem implicações para a literatura na área da Psicologia da Família ao relevar a importância do contexto familiar no ajustamento e desenvolvimento na adolescência, mostrando que a percepção negativa da qualidade do clima familiar prediz a sintomatologia depressiva e ansiosa. Para além disso, os resultados apontam para que não existam diferenças na percepção que os/as adolescentes que coabitam em famílias monoparentais e intactas têm em relação à qualidade do seu clima familiar, sublinhando a capacidade adaptativa das famílias e da qualidade das suas relações, independentemente da sua estrutura.

As conclusões deste trabalho podem, potencialmente, contribuir para o desenho de linhas orientadoras no desenvolvimento e implementação de intervenções individuais e/ou familiares específicas, para promover o bem-estar e prevenir as perturbações ansiosas e depressivas em adolescentes. De uma forma mais específica, os resultados deste trabalho, ao mostrarem que a perseverança é mediadora da relação entre o clima familiar e a sintomatologia depressiva, têm implicações para a prática clínica, pois realçam a importância da intervenção centrada na sintomatologia depressiva beneficiar do foco quer no clima e relações familiares quer na capacidade individual dos/as adolescentes para lidar com a adversidade. Os resultados deste trabalho sugerem também que uma intervenção clínica num quadro de perturbação ansiosa na adolescência poderá beneficiar mais de um foco nas relações com a família e menos em aspetos relacionados com a perseverança. Por último, os resultados, ao mostrarem que as raparigas apresentam níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva que os rapazes, podem também ter implicações para a prática clínica, mais especificamente para o desenvolvimento de programas de prevenção precoces destes quadros psicopatológicos.

Limitações e Estudos Futuros

Embora o presente estudo contribua para o enriquecimento e expansão do conhecimento científico sobre o impacto do clima familiar e da persistência nas trajetórias desenvolvimentais (in)adaptativas na adolescência, apresenta diversas lacunas. A amostra deste trabalho é de conveniência e foi selecionada através do processo de recolha de amostra não probabilístico, pelo que não permite a generalização dos resultados obtidos à população de adolescentes portugueses/as. Para além disso, releva-se o facto de a dimensão da amostra ser reduzida, o que também se poderá ter refletido nos índices de ajustamento dos modelos testados. Relativamente aos instrumentos, como foram utilizados instrumentos de auto-relato,

temos de ter em consideração os enviesamentos devido à desiderabilidade social. De relevar que o facto de se terem encontrado valores de alfa inaceitáveis para quatro dimensões do instrumento Escala de Resiliência, impossibilitou o estudo do construto resiliência tal como foi proposto por Wagnil e Young (1993). Para além disso, o estudo possui um desenho transversal, o que não permite uma leitura longitudinal ou causal entre as variáveis em estudo.

Com a finalidade de colmatar estas lacunas, seria pertinente que os estudos futuros incluíssem amostras mais alargadas de adolescentes, analisassem outro tipo de estruturas familiares (e.g., famílias reconstituídas e adoptivas) e desenvolvessem estudos longitudinais e mistos. Para além disso, seria interessante estudar os fatores inerentes a outras etapas desenvolvimentais, nomeadamente a adultez emergente. Os estudos deveriam também incluir as restantes dimensões do clima familiar avaliadas pelo ICF (e.g., hierarquia e apoio) nos modelos e incluir outras variáveis no sentido de aumentar a percentagem de variância explicada pelos modelos e de compreender quais são os mecanismos que explicam a relação entre o clima familiar e a sintomatologia ansiosa. Os estudos futuros, em vez de se focarem nas diferenças em função do género e da estrutura da família, poderiam estudar o papel moderador destas variáveis na relação entre as variáveis percepção do clima familiar, resiliência e sintomatologia depressiva e ansiosa.

Referências

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares* (3ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Alarcão, M. & Gaspar, M. (2007). Imprevisibilidade familiar e suas implicações no desenvolvimento individual e familiar. *Paideia*, 17(36), 89-102.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974-983. doi:10.1016/j.brat.2010.06.002.
- Al Nima, A., Rosenberg, P., Archer, T., & Garcia, D. (2013). Anxiety, affect, self-esteem, and stress: Mediation and moderation effects on depression. *PLoS One*, 8(9). doi:10.1371/journal.pone.0073265.
- Alves, C. F., & Dell’Aglío, D. D. (2015). Percepção de apoio social de adolescentes de escolas públicas. *Revista de Psicologia da IMED*, 7(2), 89-98. doi:10.18256/2175-5027/psico-imed.v7n2p89-98.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Amstadter, A. B., Maes, H. H., Sheerin, C. M., Myers, J. M., & Kendler, K. S. (2016). The relationship between genetic and environmental influences on resilience and on common internalizing and externalizing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(5), 669-678. doi:10.1007/s00127-015-1163-6.
- Andreea-Elena, M. (2015). The risk of eating disorders in adolescence and its association with the value of the body mass index, level of anxiety and level of depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187, 141-146.
- Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M. H., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2011). Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 1-6.
- Arbuckle, J. L. (2012). *Amos 21.0 User’s guide*. Chicago: SPSS, IBM.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV] (2016). Estatísticas APAV: Relatório Anual. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir. In APAV, *Violência no Namoro* (pp. 85-107). Lisboa: APAV

- Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Journal of Human Growth and Development, 14*(3), 53-59.
- Barankin, T. (2013). Aperfeiçoar a resiliência de adolescentes e suas famílias. *Adolescência e Saúde, 10*(2), 17-22.
- Barreira, M. (2010). Puberdade Tardia. Amenorreia Primária. *Nascer e Crescer, 19*(3), 198-199.
- Bazrafshan, M. R., Jahangir, F., Mansouri, A., & Kashfi, S. H. (2014). Coping strategies in people attempting suicide. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction, 3*(1). doi:10.5812/ijhrba.16265.
- Beckert, T. E., Strom, P. S., Strom, R. D., Darre, K., & Weed, A. (2008). Single mothers of early adolescents: Perceptions of competence. *Adolescence, 43*(170), 275-290.
- Belardinelli, C., Hatch, J. P., Olvera, R. L., Fonseca, M., Caetano, S. C., Nicoletti, M., Pliszka, S., & Soares, J. C. (2008) Family environment patterns in families with bipolar children. *Journal of Affective Disorders, 107*(1-3), 299-305. doi:10.1016/j.jad.2007.08.011.
- Benetti, C. S. P. (2006). Conflito conjugal: Impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 19*(2), 261-268.
- Bertalanffy, L. V. (2008). *Teoria geral dos sistemas: Fundamentos, desenvolvimento e aplicações* (3ª Ed). Petrópolis: Vozes.
- Boisvert, C. (2006). *Pais de adolescentes: da tolerância necessária à necessidade de intervir*. Lisboa: Climepsi.
- Branje, S. J. T., Hale, W. W., Frijns, T., & Meeus, W. H. J. (2010). Longitudinal associations between perceived parent-child relationship quality and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*, 751-763. doi:10.1007/s10802-010-9401.
- Brito, J., Matos, A. P., Pinheiro, M. R., & Monteiro, S. (2015). Quality of interpersonal relationships and depression in adolescence: Psychosocial functioning moderating effect. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences, 81-94*. doi:10.15405/epsbs.2015.08.8.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22*(6), 723.

- Burnett, A. C., Lee, K. J., Cheong, J. L. Y., De Luca, C. R., Roberts, G., Wood, S. J., & Anderson, P. J. (2017). Family functioning and mood and anxiety symptoms in adolescents born extremely preterm. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38(10), 39-48. doi:10.1097/DBP.0000000000000368.
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos-BSI. In Mário R. Simões, M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol.2, pp. 1-27). Braga: APPORT/SHO.
- Carneiro, T. F. (1996). Terapia familiar: das divergências às possibilidades de articulação dos diferentes enfoques. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 16(1), 38-42.
- Carvalho, D. D. P. L., Rabelo, I. D. M., & Oliveira Fermoseli, A. F. (2017). Emoção e Resiliência: Uma compreensão neurofisiológica com vista ao processo psicoterápico. *Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-ALAGOAS*, 4(1), 13-26.
- Carvalho, I. G., Bertolli, E. D. S., Paiva, L., Rossi, L. A., Dantas, R. A. S., & Pompeo, D. A. (2016). Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-10. doi:10.1590/1518-8345.1405.2836.
- Castro, R. T. A., Anderman, C. P., Glover, V., O'Connor, T. G., Ehlert, U., & Kammerer, M. (2017). Associated symptoms of depression: patterns of change during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 20(1), 123-128. doi:10.1007/s00737-016-0685-6.
- Chang, K. D., Blasey, C., Ketter, T. A., & Steiner, H. (2001). Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 3(2), 73-78.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6. doi:10.1037//0022-006X.70.1.6
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (2006). *Developmental Psychopathology. Volume 3: Risk, Disorder and Adaptation* (pp. 129-201) (2ª Ed.). New York.
- Cloutier, R., Filion, L., & Timmermans, H. (2006). *Quando os pais se separam...: Para melhor lidar com a crise e ajudar a criança*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Costa, M. E. (1994). *Intervenção psicológica em transições familiares: Divórcio, monoparentalidade e recasamento*. Edições: Asa.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837.
- Coutinho, M. P. L., Vieira A. V. L., Cavalcanti, J. G., Araújo, L. S., & Coutinho, M. L. (2016). Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 17(3). 338-351. doi:10.15309/16psd170303.
- Christiansen, D. M., & Elklit, A. (2008). Risk factors predict post-traumatic stress disorder differently in men and women. *Annals of General Psychiatry*, 7(24), 1-12. doi:10.1186/1744-859X-7-24.
- Crick, N. R. (1997). Engagement in gender normative versus nonnormative forms of aggression: Links to social-psychological adjustment. *Developmental Psychology*, 33(4), 610-617.
- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child development*, 66(3), 710-722. doi:10.1111/j.1467-8624.1995.tb00900.x.
- Cummings, E. M., Davies, P.T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process – Theory, research and clinical implications*. New York: The Guilford Press.
- Damascena, L. G., França, R. D., & Silva, J. D. G. (2016). Relação entre locus de controle e resiliência: um estudo com profissionais contábeis. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, 13(29), 69-90. doi:10.5007/2175-8069.2016v13n29p69.
- David, H., Demo, D. H., & Acock, A. C. (1996). Family structure, family process, and adolescent well-being. *Journal of Research on Adolescence*, 6, 457-488.
- Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (8ª Ed.). Sage publications.
- Erse, M. P. Q. A., Simões, R. M. P., Façanha, J. D. N., Marques, L. A. F. A., Loureiro, C. R. E. C., Matos, M. E. T. S., Santos, J. C. P. (2016). Adolescent depression in schools: + Contigo Project. *Journal of Nursing IV* (9), 37-44. doi:10.12707/RIV15026.

- Faria, L. (1990). *Concepções pessoais de inteligência*. Dissertação para provas de aptidão pedagógica e capacidade científica na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto, Edição da autora.
- Felgueiras, M. C., Festas, C., & Vieira, M. (2010). Adaptação e validação da Resilience Scale® de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(1), 73-80.
- Fergus, S., & Zimmerman, M., A. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Fiese, B., Winter, M., Anbar, R., Howell, K., & Poltrock, S. (2008). Family climate of routine asthma care: Associating perceived burden and mother-child interaction patterns to child well-being. *Family Process*, 47(1), 63–79. doi:10.1111/j.1545- 5300.2008.00239.x
- Flores, S. M., Salum, G. A., & Manfro, G. G. (2014). Dysfunctional family environments and childhood psychopathology: The role of psychiatric comorbidity. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(3), 147-151.
- Fonseca, H. (2002). *Compreender os adolescentes: Um desafio para pais e educadores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fonseca, H. (2017). *A Ansiedade nos Adolescentes e Jovens: Hoje não é o ultimo dia do resto das nossas vidas*. Lisboa: Edição de Livros, Lda.
- Forgeard, M. J. C., Haigh, E. A. P., Beck, A. T., Davidson, R. J., Henn, F. A., Maier, S. F., Mayberg, H. S., & Seligman, M. E. P., (2011). Beyond depression: Toward a process- based approach to research, diagnosis, and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(4), 275-299. doi:10.1111/j.1468-2850.2011.01259.x.
- Francisco, R. (2015). *Inventário de Clima Familiar: Versão Portuguesa* (versão para investigação). Universidade Católica Portuguesa.
- Frank, S. N., & Castro, F. V. (2016). Neurobiologia da resiliência: em busca de lesão por um futuro consciente. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 157-163. doi:10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.154
- Freistadt, J., & Strohschein, L. (2012). Family structure differences in family functioning: Interactive effects of social capital and family structure. *Journal of Family Issues*, 34(7), 952-974. doi:10.1177/0192513X12447054.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2016) – Portada: Base de Dados Portugal Contemporâneo. INE, INE | DGPIJ/MJ, PORTADA. Lisboa. Disponível em:

<http://www.pordata.pt/Portugal/N%C3%BAmero+de+div%C3%B3rcios+por+100+casamentos-531>>. Acesso em 22 de Janeiro de 2017.

- Garson, G. D. (2012). *Structural Equation Modeling*. Asheboro, NC: Statistical.
- Gilligan, R. (2001). *Promoting Resilience: A resource guide on working with children in the care system*. British Agencies for Adoption & Fostering.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2009). *Psicologia* (8ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gover, A., Kaukinen, C., & Fox, K., (2008). The relationship between violence in the family of origin and dating violence among college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(12), 1667-1693. doi:10.1177/0886260508314330.
- Gressier, F., Calati, R., & Serretti, A. (2016). 5-HTTLPR and gender differences in affective disorders: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190(15), 193-207. doi:10.1016/j.jad.2015.09.027.
- Hack, S. M. P. K., & Ramires, V. R. R., (2010). Adolescência e divórcio parental: continuidades e rupturas dos relacionamentos. *Psicologia Clínica*, 22(1), 85-97.
- Hack, S. M. P. K., & Ramires, V. R. R. (2014). Deprivation and the antisocial tendency of adolescents facing parental divorce. *Contextos Clínicos*, 7(2), 133. doi:10.4013/ctc.2014.72.02.
- Herrenkohl, T. I., Lee, J. O., Kosterman, R., & Hawkins, J. D. (2012). Family influences related to adult substance use and mental health problems: A developmental analysis of child and adolescent predictors. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), 129-135. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.11.003.
- Hilt, L., & Nolen-Hoeksema, S. (2009). The emergence of gender differences in depression in adolescence. In Hilt, L. & Nolen-Hoeksema, S., *Handbook of depression in adolescents* (pp. 111-135). New York: Routledge.
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 314-321. doi:10.1002/cpp.719.
- Hornberger, L. B., Zabriskie, R. B., & Freeman, P. (2010). Contributions of family leisure to family functioning among single-parent families. *Leisure Sciences*, 32(2), 143-161. doi:10.1080/01490400903547153.

- Houlberg, B. J., Henry, C. S., Merten, M. J., & Robinson, L. C. (2011). Adolescent's perceptions of family connectedness, intrinsic religiosity, and depressed mood. *Journal of Child and Family Studies*, 20(1), 111-119. doi:10.1007/s10826-010-9384-5.
- Hunziker, M. H. L. (2005). O desamparo aprendido revisitado: estudos com animais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 131-139.
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313. doi:10.1037/0033-295X.115.2.291.
- Isaacowitz, D. M., Seligman, M. E. P., (2007). Learned Helplessness. In *Encyclopedia of Stress (2ª Ed)*. Academic Press, 567-570. doi:10.1016/B978-012373947-6.00233-6.
- Johnson, H. S., Inderbitzen-Nolan, H. M., & Schapman, A. M. (2005). A comparison between socially anxious and depressive symptomatology in youth: A focus on perceived family environment. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(4), 423-442. doi:10.1016/j.janxdis.2004.04.004.
- Jose, P. E., & Brown, I. (2008). When does the gender difference in rumination begin? Gender and age differences in the use of rumination by adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(2), 180-192. doi:10.1007/s10964-006-9166-y.
- Júnior, P. W., & Zanini, D. S. (2011). Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 491-497.
- Kaiseler, M., Polman, R. C., & Nicholls, A. R. (2012). Gender differences in Appraisal and Coping: An examination of the situational and dispositional hypothesis. *International Journal of Sport Psychology*, 43(1), 1-14.
- Keogh, E., & Herdenfeldt, M. (2002). Gender, coping and the perception of pain. *Pain*, 97(3), 195-201. doi:10.1016/S0304-3959(01)00427-4.
- Kerig, P. K., Ludlow, A., & Wenar, C. (2012). *Developmental psychopathology* (6th Ed.). New York: Mc-Graw Hill Higher Education.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Langenkamp, A. G., & Frisco, M. L. (2008). Family transitions and adolescent severe emotional distress: The salience of family context. *Social Problems*, 55(2), 238-253. doi:10.1525/sp.2008.55.2.238.

- Lee, P., Hamman, D., & Lee, C. (2007). The relationship of family closeness with college students' self-regulated learning and school adjustment. *College Student Journal, 41*(4), 779-788.
- Little, T. D., Cunningham, W. A., Shahar, G., & Widaman, K. F. (2002). To parcel or not to parcel: Exploring the question and weighing the merits. *Structural Equation Modeling, 9*, 151-173.
- Lourenço, B., & Queiroz, L. B. (2010). Crescimento e desenvolvimento pubertal na adolescência. *Revista de Medicina, 89*(2), 70-75.
- Machado, M. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos e Maria do Céu Machado.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist, 53*(2), 205-220. doi:10.1037/0003-066X.53.2.205.
- Matos, F. A., & Jesus, S. N. (2011). Relações entre pares, resiliência e bem-estar dos alunos na escola. *Revista Amazónica, VII* (2) 61-76.
- Matos, F., Martins, H., Jesus, S. N., & Viseu, J. (2015). Prevenção da violência através da resiliência dos alunos. *Psicologia, Saúde & Doenças, 16*(1), 35-43. doi:10.15309/15psd160105.
- McRae, K., Jacobs, S. E., Ray, R. D., John, O. P., & Gross, J. J. (2012). Individual differences in reappraisal ability: Links to reappraisal frequency, well-being, and cognitive control. *Journal of Research in Personality, 46*(1), 2-7. doi:10.1016/j.jrp.2011.10.003.
- Mendle, J. (2014). Beyond pubertal timing: New directions for studying individual differences in development. *Current Directions in Psychological Science, 23*, 215-219. doi: 10.1177/0963721414530144.
- Mendle, J., & Ferrero, J. (2012). Detrimental psychological outcomes associated with pubertal timing in adolescent boys. *Developmental Review, 32*(1), 49-66. doi:10.1016/j.dr.2011.11.001.
- Meschke, L. L., & Juang, L. P. (2014). Obstacles to parent-adolescent communication in Hmong American families: exploring pathways to adolescent mental health promotion. *Ethnicity & Health, 19*, 144-159. doi:10.1080/13557858.2013.814765.
- Mesquita, C., Ribeiro, F., Mendonça, L., & Maia, Â. (2011). Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 3*, 97-109.

- Min, J. A., Jung, Y. E., Kim, D. J., Yim, H. W., Kim, J. J., Kim, T. S., Lee, C. U., Lee, C., & Chae, J. H. (2013). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of Life Research*, 22(2), 231-241. doi:10.1007/s11136-012-0153-3.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1999) *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência*. Lisboa: Lidel.
- Monteiro, S., Matos, A. P., & Oliveira, S. (2015). The moderating effect of gender: Traumatic experiences and depression in adolescence. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 165, 251-259. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.629.
- Morawska, A., & Thompson, E. (2009). Parent Problem Checklist: Measure of parent conflict. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(3), 260-269.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361-388.
- Moura, O., & Matos, P. M. (2008). Vinculação aos pais, divórcio e conflito interparental em adolescentes. *Psicologia*, 22(1), 127-152.
- Ni, C., Chow, M. C. M., Jiang, X., Li, S., & Pang, S. M. C. (2015). Factors associated with resilience of adult survivors five years after the 2008 Sichuan earthquake in China. *PloS one*, 10 (3), 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0121033.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x.
- Oliveira, J. B., Lipp, M. E. N. (2009). Resiliência e controle do stress em juízes e servidores públicos. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 29(2), 287-306.
- Oliveira, D., Siqueira, A. C., Dell'Aglio, D. D., & Lopes, R. D. C. S. (2008). Impacto das configurações familiares no desenvolvimento de crianças e adolescentes: Uma revisão da produção científica. *Interação em Psicologia*, 12(1), 87-98. doi:10.5380/psi.v12i1.9172.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of adolescence*, 26(1), 1-11.

- Ongen, D. E. (2010). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 9, 1516-1523. doi:10.1016/j.sbspro.2010.12.358.
- Ottaway, A. (2010). The impact of parental divorce on the intimate relationships of adult offspring: a review of the literature. *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 2(1), 36-50.
- Paim, T. D., & Filho, S. S. (2015). O Estilo Emocional do Cérebro. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, 13(2), 714-718.
- Pereira, S., & Saraiva, C. (2014). Perturbações depressivas. In C. Saraiva & J. Cerejeira (Coord.), *Psiquiatria fundamental* (pp. 205-22). Lisboa: Lidel.
- Ponciano, E. L. T., & Féres-Carneiro, T. (2003). Modelos de família e intervenção terapêutica. *Interações*, 8(16), 57-80.
- Portugal, D. G. (2014). Saúde mental em números 2014. *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: DGS.
- Pratta, E. M., & Santos, M. (2007). Adolescência: Relacionamento familiar e futuro. *Paidéia*, 17(36), 103-114.
- Prioste, A., Cruz, D., & Narciso, I. (2010). Circularidade relacional: Padrões de funcionalidade familiar percebidos e o ajustamento psicológico em adolescentes. *Psychologica*, 1(52), 447-467.
- Prioste, A., Narciso, I., Gonçalves, M., & Pereira, C. (2015). Family relationships and parenting practices: A pathway to adolescents' values? *Journal of Child and Family Studies*, 24, 3258-3267.
- Prioste, A., Narciso, I., Gonçalves, M., & Pereira, C. (2016). Adolescents parents' values: The role played by retrospective perceptions of the family-of-origin. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 224-231.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2009). Social phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depression and Anxiety*, 26(6), 528-536. doi:10.1002/da.20422.
- Raposo, H. S., Figueiredo, B., Lamela, D., Costa, R. A. N., Castro, M., & Prego, J. (2011). Ajustamento da criança à separação ou divórcio dos pais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(1), 29-33.

- Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica* (4ª Ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Rentz-Fernandes, A. R., Silveira-Viana, M. D., de-Liz, C. M., & Andrade, A. (2017). Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. *Revista de Salud Pública, 19*(1), 111-120.
- Ribeiro, M. T. (2016). Contributos da Psicologia para o estudo da família. In Francisco, R., Pinto, J.C., & Pinto, H.R. (Eds.) (2016). *Família e Psicologia: Contributos para a investigação e intervenção [Family and Psychology: Contributions to research and intervention]* (pp. 11-21). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Rose, A. J., & Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin, 132*(1), 98-131. doi:10.1037/0033-2909.132.1.98.
- Salvador, M. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Sanjuán, P., & Magallares, A. (2009). A longitudinal study of the negative explanatory style and attributions of uncontrollability as predictors of depressive symptoms. *Personality and Individual Differences, 46*(7), 714-718. doi:10.1016/j.paid.2009.01.030.
- Santos, M. C. (2013). *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes: Identificar, avaliar e intervir*. Lisboa: Edições Sílabo, LDA.
- Sbarra, D.A., & Emery, R. E. (2008). Deeper into divorce: Using actor-partner analyses to explore systemic differences in coparenting conflict following custody dispute resolution. *Journal of Family Psychology, 22*(1), 144-152. doi:10.1037/0893-3200.22.1.144.
- Sbicigo, J. B., & Dell'Aglio, D. D. (2012). Family environment and psychological adaptation in adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 25*(3), 615-622. doi:10.1590/S0102-79722012000300022.
- Schroder, K. E., & Ollis, C. L. (2013). The Coping Competence Questionnaire: A measure of resilience to helplessness and depression. *Motivation and Emotion, 37*(2), 286-302. doi:10.1007/s11031-012-9311-8.
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Mora, M. E. M., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B. E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., Williams, D., & Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations

- between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785-795.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman, 165-169.
- Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., & Andrews, J. (1997). Family support and conflict: Prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(4), 333-344.
- Shek, D. T. (2002). Family functioning and psychological well-being, school adjustment, and problem behavior in Chinese adolescents with and without economic disadvantage. *The Journal of Genetic Psychology*, 163(4), 497-502. doi:10.1080/00221320209598698.
- Shek, D. T., Xie, Q., & Lin, L. (2015). The impact of family intactness on family functioning, parental control, and parent-child relational qualities in a Chinese context. *Frontiers in Pediatrics*, 2, 1-7. doi:10.3389/fped.2014.00149.
- Silva, L. F. (2001). *Acção Social na Área da Família*. Lisboa: Universidade Aberta
- Skrove, M., Romundstad, P., & Indredavik, M. S. (2013). Resilience, lifestyle and symptoms of anxiety and depression in adolescence: the Young-HUNT study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 407-416. doi:10.1007/s00127-012-0561-2.
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao Longo da Vida*. Coimbra: Quarteto.
- Soares, A. B., & Martins, J. S. R. (2010). Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular. *Paidéia*, 20(45), 57-62.
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., Philipsen, A., & Rietschel, M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(7), 371-377. doi:10.1007/s00406-007-0712-8.
- Souza, P. B. M. D., Ramos, M. D. S., Pontes, F. A. R., & Silva, S. S. D. C. (2016). Coparentalidade: um estudo de revisão sistemática de literatura. *Estilos da Clínica*, 21(3), 700-720. doi:10.11606/issn.1981-1624.v21i3p700-720.
- Starr, L. R., & Davila, J. (2008). Differentiating interpersonal correlates of depressive symptoms and social anxiety in adolescence: Implications for models of comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 337-349. doi:10.1080/15374410801955854.

- Sullivan, A. E., & Miklowitz, D. J. (2010). Family functioning among adolescents with bipolar disorder. *Family Psychology, 24*, 60-67.
- Tam, C. L., & Lim, S. G. (2009). Perceived social support, coping capability and gender differences among young adults. *Sunway Academic Journal, 6*, 75-88.
- Teodoro, M. L., Allgayer, M., & Land, B. (2009). Desenvolvimento e validade fatorial do Inventário do Clima Familiar (ICF) para adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática, 11*(3), 27-39.
- Teodoro, M. L., Cardoso, B. M., & Freitas, A. C. H. (2010). Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 23*(2), 324-333.
- Teodoro, M. L. M., Hess, A. R. B., Saraiva, L. A., & Cardoso, B. M. (2014). Problemas emocionais e de comportamento e clima familiar em adolescentes e seus pais. *Psico, 45*(2), 168-175.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet, 379*(9820), 1056-1067. doi:10.1016/S01406736(11)60871-4.
- Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. (2014). Prevalence of mental disorders among children and adolescents and associated factors: A systematic review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 63*(4), 360-372.
- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M. G., & Simões, C. (2015). Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco: Modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças, 16*(1), 23-34. doi:10.15309/15psd160104.
- Ulusoy, Y., & Duy, B. (2013). Effectiveness of a Psycho-Education Program on Learned Helplessness and Irrational Beliefs. *Educational Sciences: Theory and Practice, 13*(3), 1440-1446. doi: 10.12738/estp.2013.3.1469.
- Ungar, M. (2004). The importance of parents and other caregivers to the resilience of high - risk adolescents. *Family Process, 43*(1), 23-41.
- Vandervalk, I., Spruijt, E., De Goede, M., Meeus, W., & Maas, C. (2004). Marital status, marital process, and parental resources in predicting adolescents' emotional adjustment: A multilevel analysis. *Journal of Family Issues, 25*(3), 291-317. doi:10.1177/0192513X03257429.
- Van Lersel, K. C., Kiesner, J., Pastore, M., & Scholte, R. H. (2016). The impact of menstrual cycle-related physical symptoms on daily activities and psychological wellness among

- adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 49, 81-90. doi:10.1016/j.adolescence.2016.03.007.
- Vargas, G. A., & Arnett, P. A. (2013). Attributional style and depression in multiple sclerosis: the learned helplessness model. *International Journal of MS Care*, 15(2), 81-89. doi:10.7224/1537-2073.2012-021.
- Vasconcelos, J. R. O., Lôbo, A. P. S., & Neto, V. L. M. (2015). Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. *J Bras Psiquiatr.*, 64(4), 259-265. doi:10.1590/0047-2085000000087.
- Vicario, M.I., Fierro, C.G., & Hidalgo, M.G. (2014). La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicin*, 11(61), 3579-358. doi:10.1016/S0304-5412(14)70818-2.
- Vilela, L., Macho, P., & Almeida, G. (2011). Consumo de álcool em adolescentes e psicopatologia associada. *Toxicodependências*, 17(1), 43-52.
- Waddell, C., & Shepherd, C. (2002). *Prevalence of mental disorders in children and youth*. Vancouver: The University of British Columbia.
- Wagner, A., Ribeiro de S, L., Artech X, A., & Bornholdt, E. A. (1999). Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 1-10.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Werner, E. E. (2013). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In Goldstein, S. & Brooks, R. B *Handbook of resilience in children* (pp. 87-102). Springer US. doi:10.1007/978-1-4614-3661-4_6.
- World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: WHO Document Production Services.
- World Health Organization (2006). Orientation Programme on Adolescent Health for Health-care Providers. Retirado a 9 de Janeiro de 2017 de: <https://www.k4health.org/toolkits/alhiv/handout-orientation-programme-adolescent-health-health-care-providers>
- Zarrett, N., & Eccles, J. (2006). The passage to adulthood: Challenges of late adolescence. *New Directions for Student Leadership*, 111, 13-28. doi:10.1002/yl.179.

ANEXOS

Anexo I – Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O/A seu/sua educando/a é convidado/a a participar voluntariamente num estudo desenvolvido pela Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e coordenado pela Professora Doutora Ana Prioste. Para que possa decidir se deseja ou não que o seu educando participe neste estudo, deve compreender quais os seus objetivos, potenciais riscos e benefícios, para que possa tomar uma decisão consciente. Todas estas informações estão presentes neste formulário designado por termo de consentimento informado. Leia atentamente este formulário e coloque à equipa do estudo todas as perguntas que considere necessárias. A equipa de investigação deste estudo irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre este estudo, bem como quaisquer outras informações que julgue necessárias. Depois de compreender a finalidade deste estudo e se desejar participar, ser-lhe-á solicitado que assine este termo.

Contextualização e finalidade do estudo

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, que consiste num grupo de pessoas independentes, que avaliam o protocolo do estudo verificando e a existência de riscos para os participantes.

Este estudo tem como finalidade descrever o impacto de factores pessoais e familiares no desenvolvimento da identidade em adolescentes e em jovens adultos.

Se aceitar, o que é pedido ao meu educando/à minha educanda?

Pedimos-lhe que preencha um conjunto de questionários. Este preenchimento poderá levar cerca de 20 minutos.

Possíveis riscos ou inconvenientes da participação do meu educando/da minha educanda?

Não antecipamos riscos na participação do seu educando/da sua educanda.

Qual a vantagem de participar?

A informação recolhida e analisada após o preenchimento dos questionários permitirá contribuir para o avanço do conhecimento sobre a relação entre as variáveis, ajudando-nos a prevenir e intervir mais eficazmente.

Participação/ Abandono voluntário

A participação do seu educando/da sua educanda é voluntária, podendo recusarem-se a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

Quem tem acesso aos dados?

Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais. Apenas os elementos da equipa de investigação têm acesso aos dados. Os dados serão tratados como um todo e não individualmente, e a sua eventual publicação só poderá ter lugar em revistas da especialidade.

Condições financeiras inerentes ao estudo

Não será remunerado pela participação neste estudo. Não haverá portanto qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

Se precisar de mais informações, com quem devo contactar?

Por favor, contacte com a responsável, Ana Prioste, para o e-mail anaprioste@gmail.com

Anexo II – Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Fui informado de que a participação do meu educando/da minha educanda neste estudo é voluntária e que por isso podemos recusar-nos a participar, ou que podemos retirar-nos deste estudo a qualquer momento sem que qualquer tipo de penalização por esse facto. Compreendi toda a informação presente neste formulário, nomeadamente os objectivos do estudo, e foi-me dada oportunidade de fazer perguntas, sendo que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Assim, aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

_____ / ____ / ____

Nome do participante

Data

_____ / ____ / ____

Nome da pessoa que obteve o consentimento

Data

Anexo III – Declaração de Assentimento

Declaração de Assentimento

Fui informado de que a minha participação neste estudo é voluntária e que por isso posso recusar-me a participar, ou que posso retirar-me deste estudo a qualquer momento sem que qualquer tipo de penalização por esse facto. Compreendi toda a informação presente neste formulário, nomeadamente os objectivos do estudo, e foi-me dada oportunidade de fazer perguntas, sendo que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Assim, aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

_____ / ____ / ____

Nome do participante

Data Assinatura